Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Adres Redakcji i Administracji:
KRAKÓW, UL. ŚW. KRZYŻA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Pojedynczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej na maszynie pisanych. — Rękopisów nie zwraca się.

Rok I. Sierpień 1929 Nr. 2.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ I JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ.

O walce z alkoholizmem

Sprawa walki z alkoholizmem coraz częściej zaczyna zaprzątać uwagę naszego społeczeństwa, a wyniki głosowań, jakie odbyły się w mieście Pruszkowie, oraz w setkach gmin wiejskich, dotyczące opcji lokalnej, wykazują, że ludność instynktownie odczuwa, iż wódka jest groźnym wrogiem naszego narodu. Wróg ten jest tem niebezpieczniejszy, że należytego zrozumienia dla istoty zjawiska brak jeszcze, niestety, śród tych sfer, które mogłyby wpłynąć na zahamowanie pijaństwa. Dlatego też bardzo słuszne są słowa, wypowiedziane przez radjo 1 czerwca roku ubiegłego przez p. senatora Stanisława Posnera: „tylko wielka, szeroka inicjatywa społeczna może sprawić, że kamienny bożek alkoholizmu powalony i na proch roztarty zostanie". Od uświadomienia więc społeczeństwa zależy wynik walki z alkoholizmem. To też przy każdej sposobności musimy wołać wielkim głosem, że wróg zagraża naszej Ojczyźnie i że musimy go zwyciężyć. Jak w czasie najazdu wroga zewnętrznego każdy zdolny do udźwignięcia broni musi stanąć w szeregu, a cały naród winien oddać swą pracę na rzecz obrony kraju, tak i w tej wielkiej potrzebie winniśmy uzbroić się, aby stawić czoło wrogowi wewnętrznemu. Bronią w danym wypadku jest głębokie uświadomienie, że alkohol — to trucizna, że przewlekłe zatruwanie się wyrobami z tej trucizny prowadzi do choroby, do przewlekłego, czyli chronicznego alkoholizmu. Jeżeli każdy z nas zrozumie, że idąc „na jednego", naraża nietylko swe zdrowie, ale często i życie, a co gorsza, rujnuje swoją rodzinę, to wierzę, że liczba alkoholików przestanie wzrastać.

Od czasu do czasu każdy słyszy o tem niebezpieczeństwie, lecz któż bierze je na serjo? Wydaje się każdemu pijącemu, że on sam nie jest pijakiem, a tylko tak w towarzystwie, przy okazji, przy jakiejś uroczystości, czy też przy obiedzie lub kolacji, wypije „jednego", czasem trochę więcej. „Pan X. pije już tyle lat i nic mu nie jest, pan Y. upija się od 30 lat i jeszcze nie umarł, to dlaczegóż właśnie ja mam się bać wódki?" Takie

rozumowanie słyszymy na każdym kroku i takie „dowodzenia“ usypiają nasze sumienie, gdy kiedy - niekiedy robak zwątpienia zacznie nas gryźć. Tylko bliższa znajomość sprawy może przyczynić się do zrozumienia, że odporność, jaką posiadamy na pewne czynniki szkodliwe dla zdrowia, nie dowodzi, że te czynniki nie są szkodliwe. Są przecież ludzie odporni na szkarlatynę, cholerę i inne choroby, ale odporność ta nie jest wieczna i człowiek, który często naraża się na zakażenie jedną z tych chorób, pomimo swej odporności nieraz ulega, bo odporność słabnie i wtedy rozpoczyna się choroba. Każdy człowiek posiada wrodzoną odporność na alkohol: jeden większą, drugi mniejszą, nie mamy jednak żadnej możności zmierzenia tej odporności i nie wiemy, czy i kiedy ta odporność się wyczerpie. Gdy zaś odporności zabraknie, człowiek nie może już powstrzymać się i pije nałogowo, a wtedy stacza się po pochyłości, która prowadzi albo do nędzy, albo do zbrodni i więzienia, albo do szpitala dla psychicznie chorych.

Wiemy wszyscy z obserwacji własnej, jak trudno nałogowcowi przestać pić, a nikt nie może być pewny, że zachowa odporność, pijąc nawet umiarkowanie. W tem leży groza alkoholizmu, nie mówiąc już o zmianach chorobowych, powstających w sercu, wątrobie, układzie nerwowym i innych narządach człowieka, pijącego chociażby umiarkowanie, ale przez dłuższy czas, mimo, że nie jest nałogowym pijakiem. Przejmujące zbrodnie, popełniane przez alkoholików, niedola miljonów dzieci i żon tych nałogowców, powinny wstrząsnąć sumieniem społeczeństwa. Uprzytomnijmy sobie, że ci podpici mili kompanowie, co to — zdaje się — duszę oddaliby za swych współbiesiadników, w domu, po powrocie z pijatyki, są brutalnymi tyranami dla swych najbliższych. Tylko brakiem zastanowienia można wytłumaczyć dziki zwyczaj zmuszania do picia gości, nawet wtedy, gdy wiemy, że nasz gość lubi zaglądać do kieliszka, albo ma „słabą głowę“. Niech każdy, kto częstuje innego alkoholem, pomyśli przez chwilę, czy w ten sposób nie wkłada szaleńcowi noża, lub żagwi do ręki. Pamiętajmy, że zmuszając do picia, jesteśmy moralnymi sprawcami tego, co nasz gość czy współbiesiadnik popełni po pijanemu, zastanówmy się, czy nasze sumienie nie uczyni nam wyrzutu za to, że z naszej winy człowiek poczęstowany przez nas, może w parę godzin potem będzie znęcać się nad swą bezbronną żoną lub słabem dzieckiem.

Gdyby słowa te mogły trafić do serc często dobrych, ale — niestety — zbyt po polsku gościnnych, naszych pań i panów, przestalibyśmy być pośmiewiskiem obcych, którzy nie mogą zrozumieć, jak można tak gwałcić wolną wolę swego gościa, by zmuszać go do picia, a co najważniejsza — społeczeństwo nasze uniknęłoby tysięcy nieszczęść i zbrodni. Niestety, nie łudzę się, by apel ten mógł wiele zdziałać, bo głupi, a nawet, jak widzimy, karygodny obyczaj każe nam tak ugaszczać, by trunków było poddostatkiem; chwalimy się, że goście z trudnością powstawali od stołu i nie rozumiemy całej ohydy takiego postępowania.

Z zachęcaniem do picia spotykamy się na każdym kroku. Niepodobna nie przyznać racji tym, którzy zwracają uwagę na rozdźwięk między naukami, wygłaszanemi przez przeciwników alkoholu, a praktyką życia codziennego. Głosimy, że alkohol jest trucizną, a tymczasem widzimy, jak kosztem kolosalnych wydatków na reklamę, społeczeństwo jest zachęcane do spożywania tej trucizny. Nawet Monopol Spirytusowy, niepomny na to,

że ma służyć interesom państwowym w szerszem zrozumieniu swego zadania, naśladuje niewolniczo prywatnych szynkarzy, którzy powiadają, że po nich niech nastąpi, chociażby potop, byle oni mieli nabite kabzy. Instytucja, stworzona przez Państwo i dla dobra Państwa, nie powinna zapominać, że spajając ludność i przez „pijany budżet“ napełniając kasy skarbowe, podcina gałęź, na której skarb Państwa siedzi. Wyciskając z płatnika zapomocą wódki nadmierne sumy, Monopol rujnuje warsztaty pracy i zdolność płatniczą szerokich mas, oraz zastraszająco powiększa klijentelę opieki społecznej. Tylko przez powiększanie zużycia alkoholu dla celów technicznych, można z pożytkiem dla Państwa wyzyskać instytucję Monopolu. Żadne wyborowe, ani luksusowe wódki oraz spirytus, chyba przez ironję nazwany „spirytusem dla celów leczniczych“, nie mogą być tolerowane, jako środek odżywczy, gdyż są i pozostaną trucizną, nawet wtedy, gdy są kompletnie pozbawione fuzli. Departament Służby Zdrowia powinien mieć prawo wglądu w te sprawy, aby kupieckie zapędy kierownictwa Monopolu pohamować i stanąć w obronie zagrożonego zdrowia ludności.

Przez zwalczenie alkoholizmu, moglibyśmy uniknąć ruiny moralnej i materjalnej miljonów obywateli Państwa, uzyskalibyśmy podniesienie zdrowotności mas. A przez to dochody Państwa bezpośrednie zwiększyłyby się, a wydatki byłyby mniejsze. Szerzeniu się pijaństwa sprzyja cały szereg jeszcze innych przyczyn, jak: nędza, brak godziwych, tanich, rozrywek, ciemnota i t. d.; do usunięcia tych przyczyn musimy dążyć, ale omawianie ich zajęłoby zbyt wiele czasu.

Są pewne rzeczy, które istnieją na świecie wbrew wszelkiej logice i do tych rzeczy należy zwyczaj picia i upijania się. Tylko wychowanie nowych pokoleń w zrozumieniu grozy alkoholizmu, ma widoki powodzenia rzeczywiście trwałego, i dlatego praca nad uświadamianiem młodzieży o istocie alkoholizmu jest zadaniem najważniejszem naszej akcji. Ale my lekarze, zdając sobie sprawę, że tylko przez wychowanie nowych pokoleń, wolnych od jakiejś choroby, możemy tę chorobę zwalczyć, nie mamy prawa pozostawić bez pomocy tych, którzy już są chorzy i szukają naszej rady. Musimy leczyć chorych dlatego, że naszym świętym obowiązkiem jest spieszyć tam, gdzie życiu człowieka zagraża jakieś cierpienie.

Przyjmując za pewnik twierdzenie, że alkoholizm przewlekły jest chorobą, musimy zgodzić się, że obowiązkiem naszym jest walczyć z tą chorobą. Tutaj natrafiamy na nowe nieporozumienie. Słyszymy stale, że jeszcze nikt nie wynalazł takiego środka, któryby leczył alkoholizm, więc nie możemy przystąpić do jego leczenia, a wszystkie reklamowane środki przeciw alkoholowi nie osiągają skutku. Rzeczywiście, ci, co ogłaszają, że wynaleźli środek przeciw alkoholowi, są zwykłymi wydrwigroszami, gdyż takiego środka niema. Ale przecież właściwie niema chorób, są tylko chorzy ludzie i mając do czynienia z człowiekiem cierpiącym na alkoholizm przewlekły, musimy wiedzieć, że trucizna ta poczyniła znaczne spustoszenia we wszystkich prawie narządach jego ciała. Czy więc nie jest niedorzecznością liczyć, że znajdziemy taki środek, który będzie skuteczny na wszystkie zmiany zaszłe w organiźmie ludzkim pod wpływem alkoholu? O ile zgłasza się po poradę gruźlik, przystępujemy do kuracji, nie oglądając się na środki swoiste, gdyż wiemy, że niezawodnego leku

na prątki gruźlicze nie mamy, a widzimy, że wysiłki nasze, zmierzające do zwalczania gruźlicy, są uwieńczone wynikami, którymi się chlubimy.

Leczenie objawowe alkoholików jest nietylko możliwe, ale rokuje dodatnie wyniki i to nie mniejsze, lecz nawet znacznie większe, niż przy leczeniu gruźlicy. Trzeba jedynie zgodzić się z tem, że alkoholizm jest chorobą społeczną i włączyć walkę z nim do zakresu działania stacji higjeny zapobiegawczej. Podobnie jak przy leczeniu gruźlicy, opieramy się i tutaj nie na specyfikach, a na podniesieniu odporności organizmu wogóle, a wzmocnieniu woli chorego w szczególności. Lecząc chorego we wszystkich przejawach zmian chorobowych organizmu, wytwarzamy jednocześnie odporność na te czynniki, które wywołały wybuch choroby. Przy odpowiedniem indywidualizowaniu chorego przeważnie możemy dotrzeć do przyczyny, która, jeżeli nie wywołała, to w każdym razie wpłynęła na wybuch cierpienia. Oddziaływanie lekarza na psychikę chorego w tym wypadku jest ważniejsze, niż stosowanie leków tonizujących, uzupełniających je. Leczenie objawowe zacieśnia ten węzeł, jaki winien związać pacjenta z lekarzem i znakomicie przyczynia się do otrzymania dodatniego wyniku.

Ze względu na kolosalne pokusy, jakie musi przezwyciężać alkoholik, który decyduje się na porzucenie swego nałogu, oraz z powodu znacznych defektów w hamulcach psychicznych, pacjent - alkoholik musi pozostawać w leczeniu od 1 do 2 lat. Już sama długość okresu leczenia dowodzi, że szersze warstwy społeczeństwa nie mogą korzystać z dobrodziejstw zakładów dla alkoholików i dlatego, że wynalezienie funduszów na ten cel jest niemożliwością i dlatego, że człowiek po tak długim przymusowym pobycie w warunkach sztucznie wytworzonych, odzwyczaja się od pracy, a zresztą jego rodzina najczęściej przez ten czas nie ma z czego żyć. To też przesunięcie ciężaru leczenia alkoholików z zakładów na przychodnie przeciwalkoholowe jest najbardziej celowe i musimy dążyć do zwiększenia ilości przychodni przeciwalkoholowych przy ośrodkach zdrowia.

Jak wiemy, ośrodki zdrowia, czyli stacje higjeny zapobiegawczej, walczą z chorobami społecznemi przez docieranie do mieszkań pacjentów i pouczanie samych pacjentów, oraz ich otoczenia, jak mają zachować się, aby uniknąć, lub pozbyć się choroby. Te same sposoby winny być stosowane wobec alkoholika i jego otoczenia. Sprowadzenie pacjenta do przychodni przeciwalkoholowej jest najczęściej zadaniem pielęgniarki społecznej ośrodka. Gdy chory sprowadzony do przychodni, zetknie się z tymi, co już się tam leczą, a następnie podda się suggestji lekarza — to przekona się, że musi rozpocząć kurację i najczęściej wstąpi na drogę rekonwalescencji, na której od czasu do czasu może się wprawdzie załamać, ale zrozumie, że bez alkoholu obejść się może i że, jako skłonny do nałogu, winien bezwzględnie zaprzestać używania napojów wyskokowych.

Część pacjentów nie rokuje poprawy przy leczeniu ambulatoryjnem ze względu na zbyt słabą wolę, która nie pozwala im opanować się w czasie głodu alkoholowego, lub w czasie okresów opilstwa. Tych musimy skierować do zakładu dla alkoholików na okres 2—4 miesięcy, aby potem, po powrocie ich z zakładu, roztoczyć nad nimi opiekę w przychodni. Są — niestety — i tacy alkoholicy chroniczni, którzy wymagają umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym, bo pozostawienie ich bez opieki jest bezwzględnie niebezpieczne dla otoczenia. Że leczenie alkoholików w przy-

chodni jest możliwe, wykazują wyniki, otrzymane w Warszawie, gdzie Wydział Zdrowia uruchomił już 2 przychodnie przeciwalkoholowe: przy ulicy Pułaskiej 91 i przy ulicy Szczęśliwieckiej 3. W najbliższym czasie mają być otwarte jeszcze 3 takie przychodnie, a stopniowo wszystkie 9 ośrodków zdrowia m. Warszawy będą wyposażone w ambulatorja przeciwalkoholowe. Wtedy będzie możliwe zorjentowanie się ściśle w ogromie spustoszenia, jakie szerzy alkoholizm śród wszystkich warstw naszego społeczeństwa.

Liczba osób, nadużywających alkoholu na terenie całej Warszawy, jest bardzo znaczna; o tem świadczy przychodnia przeciwalkoholowa, przeznaczona dla Mokotowa, która w ciągu 14 miesięcy swego istnienia zarejestrowała 1225 osób nadużywających alkoholu. Z tej liczby 237 osób korzystało z porad lekarskich, a do 938 osób jeszcze nie udało się dotrzeć z powodu braku czasu. Z liczby leczonych 45 osób zakwalifikowano do leczenia zakładowego, umieszczono zaś w zakładach tylko 12 z powodu braku odpowiedniego zakładu w Warszawie; wysyłanie zaś do istniejących 2-ch w Poznańskiem i na Śląsku nastręcza znaczne trudności. Warszawa bez zakładu dla alkoholików obejść się nie może. Fundusze na ten cel trzeba znaleźć, bo każdy grosz wydany na prawidłowe leczenie alkoholików sowicie się opłaca, gdyż zaoszczędza wydatków na opiekę społeczna.

Prócz zakładu leczniczego dla alkoholików, kwestją wielce aktualną dla większych miast wogóle, dla Warszawy w szczególności, jest sprawa stworzenia Stacji Ratowniczej dla osób zatrutych alkoholem.

Jakie są jednak wyniki leczenia alkoholików?

Najwłaściwszą odpowiedzią na to pytanie byłoby przytoczenie cyfr, ale nie mamy jeszcze statystyki własnej, gdyż akcja leczenia alkoholików przez przychodnie przy ośrodkach zdrowia została rozpoczęta zaledwie przed 14 miesiącami, a nie możemy mówić o trwałej poprawie, lub wyleczeniu alkoholika przed upływem najmniej 2 lat. Z ogłoszeniem więc wyników własnych musimy jeszcze zaczekać. Zakłady zagraniczne podają % wyleczonych przeciętnie na 30, co też jest zachęcającym wynikiem leczenia, ale % ten niewątpliwie znacznie się zwiększy, gdy akcja leczenia w zakładach zostanie zespolona z leczeniem ambulatoryjnem. To, co widzimy dotychczas w naszych przychodniach, daje podstawę do stanowczego twierdzenia, że wyniki otrzymywane przewyższają nadzieje pokładane w leczeniu ambulatoryjnem przy zakładaniu przychodni przeciwalkoholowych. O ile społeczeństwo żywiej zainteresuje się sprawą leczenia alkoholików, a świat lekarski weźmie je pod swoją pieczę, będziemy mogli liczyć na znaczny sukces.

Jednak naszym ideałem nie jest leczenie alkoholików. Współczesna medycyna chce uczyć, jak zapobiegać chorobom. Musimy nauczyć się radości życia bez sztucznych podniet, musimy przestać pić, — a nie będziemy mieli tej olbrzymiej liczby alkoholików. Bez zespolenia pracy całego społeczeństwa, celu tego nie osiągniemy. Tylko liczne, owiane ideą służenia bliźniemu organizacje społeczne są w stanie zwyciężyć alkoholizm. To też każdy, umiejący się zdobyć na inicjatywę, powinien zorganizować w swem otoczeniu ludzi prawdziwie rozumiejących, czem ta trucizna jest dla Polski.

Dr Stanisław Deresz

Administracja szpitala a pielęgniarstwo

Pielęgniarstwo w najszerszem tego słowa znaczeniu obejmuje nietylko biegłe wykonywanie zabiegów i zręczną pomoc lekarzom, lecz także całokształt opieki nad tymi, którzy sami nie są w stanie zapewnić sobie niezbędnych środków do życia, a więc nad chorymi i ozdrowieńcami, dziećmi i niemowlętami, starcami i kalekami. Najidealniejsza pielęgniarka, obdarzona wszystkiemi zaletami i cnotami, doskonale wyszkolona, przy najlepszej woli nie jest jednak w stanie zapewnić choremu wszystkich wygód i pielęgnować go należycie, jeśli ogólna administracja szpitala szwankuje. Więc cóż to jest dobra administracja i na czem ona polega?

Jest to system rozkładania zajęć wszystkich pracowników w taki sposób, aby całość pracy szła wprawnie i bez zgrzytów, aby każdy wiedział dokładnie co i kiedy ma robić, aby co chwila nie potrzebował odwoływać się do przełożonych, aby każda sprawa była z góry przewidziana i sposób jej załatwienia zasadniczo zdecydowany.

Pierwszym ważnym warunkiem dobrej administracji szpitala jest, aby osobą, stojącą na czele szpitala i odpowiedzialną za administrację był lekarz, ujmujący każde zarządzenie z punktu widzenia dobra chorego i jego wygód. Również koniecznem jest, aby przełożoną pielęgniarek i całego personelu żeńskiego była kobieta, mająca najwyższe kwalifikacje pielęgniarskie, a pozatem wiadomości z zakresu administracji i gospodarstwa. W Anglji przełożoną może zostać tylko taka pielęgniarka, która była przynajmniej rok pielęgniarką gospodarczą.

Jeżeli przyjmiemy, że pielęgniarstwo zrodziło się przy kolebce niemowlęcia, któremu należy zapewnić opiekę, konieczną do normalnego rozwoju, to wynika z tego, że na pielęgniarce przełożonej ciążą obowiązki matki w stosunku do jej pacjentów. Musi ona czuwać, aby chorzy w szpitalu mieli stale dobrą opiekę, lecz pozatem musi być także opiekunką i dla pielęgniarek, które bezpośrednio chorymi się opiekują. A więc w ogólnym zarysie obowiązki jej będą takie, jak w dużej rodzinie - matki, która chociaż sama własnoręcznie wszystkiego nie robi, lecz czuwa, aby całość szła składnie i sprawnie. Do obowiązków administracyjnych przełożonej należy więc cały dział gospodarstwa kobiecego: nadzór nad utrzymaniem czystości wewnątrz gmachu, kuchnia, szwalnia, pralnia, dom mieszkalny pielęgniarek, oraz czuwanie nad personelem i jego potrzebami. Natomiast zewnętrzna konserwacja budynków, wszelkie naprawy, ogród przy szpitalu, prowadzenie maszyn czy to w pralni, czy w elektrowni (o ile je szpital posiada), dostarczanie opalu i t. d. — należy do intendenta, a więc pośrednio do lekarza naczelnego szpitala.

Co do magazynów żywnościowych, a więc robienia umów z dostawcami, podzielone są zdania, czy ma za nie być odpowiedzialny lekarz, czy też przełożona. Zazwyczaj w mniejszych szpitalach pozostawiane to jest przełożonej, w większych jest to funkcja intendenta, zależnego od lekarza naczelnego.

Lekarz naczelny reprezentuje szpital na zewnątrz i odpowiedzialny jest za całość, więc przełożona musi omawiać z nim różne sprawy, dlatego pożądanem jest, aby kancelarje lekarza naczelnego i przełożonej położone były blisko siebie, aby umożliwić łatwe porozumiewanie.

Rozkład zajęć i ściśle oznaczone godziny przyjęć w kancelarji lekarza naczelnego są bardzo ważnym czynnikiem w ogólnej, systematycznej pracy szpitala. Powinny być wyznaczone dni i godziny, w których lekarz naczelny przyjmuje raporty od przełożonej, intendenta, aptekarza, magazynjera, głównego mechanika i t. d.

Inne godziny powinny być przeznaczone na przyjmowanie ordynatorów szpitala, inne dla członków komitetu, czy też kuratorjum szpitala, inne dla rodzin chorych, nieprzewidzianych interesantów z miasta i t. p., unika się w ten sposób tracenia czasu na długie czekanie w kancelarji, gdy lekarz przyjmuje innych interesantów. Dla lekarza zaś, jest to ogromne ułatwienie, że nie potrzebuje wzywać kierowników poszczególnych działów, lecz zjawiają się oni w oznaczonym czasie, z przygotowanym raportem i spisem spraw do omówienia.

Podobny rozkład godzin ułatwia pracę przełożonej. Codziennie zrana powinna ona widzieć się ze starszą pielęgniarką nocną, która zdaje jej raport ze wszystkich oddziałów szpitalnych; zastępuje ona przełożoną w nocy, spełniając częściowo te same obowiązki, które przełożona spełnia w dzień. Przyjmowanie każdej nocnej pielęgniarki oddziałowej byłoby zbyt skomplikowane i zwłaszcza, gdy szpital jest duży, zajęłoby zbyt wiele czasu zarówno przełożonej, jak i pielęgniarkom, czekającym swej kolejki. Następnie przełożona przyjmuje gospodynię, z którą omawia bieżące sprawy gospodarstwa, potem zarządzającą szwalnią, której wydaje rozkazy na dzień bieżący, potem pielęgniarkę, opiekującą się domem pielęgniarek, następnie pielęgniarki, mające osobiste interesy do przełożonej.

Kancelarja przełożonej skupia w sobie cały ruch personelu pielęgniarskiego. Tutaj rozstrzygają się kwestje, ułatwiające pracę pielęgniarkom, stąd wychodzą rozporządzenia, podnoszące wydajność pracy, tutaj obmyśla się zmiany, w kierunku udoskonalenia pielęgniarstwa, wyszkolenia pielęgniarek, zarówno w opiece nad chorymi, jak w pomocy lekarzom przy zabiegach, co wszystko ma na względzie jeden cel, jedno dążenie — zapewnienie pacjentom w czasie choroby jak najlepszych warunków, nietylko pod względem zdrowotnym, ale i psychicznym.

Nikt tak nie cierpi z powodu chaotycznej pracy, jak pacjenci, których system nerwowy wskutek choroby jest osłabiony, stąd zdenerwowanie i zniecierpliwienie. Chorzy nie zastanawiają się nad ważnością przyczyny zdenerwowania, drażnią ich nawet raczej drobiazgi: równie źle na stan ich wpływa każde czekanie, czy to na wizytę lekarza, czy na opatrunek, czy na kąpiel, czy na zmianę koszuli, czy też na następne danie przy obiedzie. Dobra organizacja szpitala i metodyczna praca odbija się na stanie zdrowia pacjentów, a przez to przyspiesza lub opóźnia wyzdrowienie.

Od pielęgniarki wymagamy systematycznej pracy, która zarówno zaoszczędza czas i siły pracownicy, jak też wpływa na wydajność pracy i oddziaływa dodatnio na psychikę chorego, gdy ten wie, że każda rzecz będzie załatwiona we właściwym czasie. Lecz nie można wymagać systematycznej pracy tylko od pielęgniarek. Czy może pielęgniarka rozłożyć sobie systematycznie pracę, gdy posiłki nie są przynoszone punktualnie, gdy służba nie przynosi na czas węgla i przez to kąpiel się opóźnia, gdy bielizna z pralni nie jest odsyłana w oznaczonych godzinach, kiedy jest czas, by odebrać ją spokojnie i ułożyć, gdy ordynatorzy robią obchody

w dowolnych godzinach (jakże często w czasie posiłków!), gdyż opatrunki zaczynają się raz o godz. 8 rano, a innym razem o godz. 2 popołudniu, gdy na naprawę jakiejś drobnej rzeczy czeka się nieraz kilka dni, co tak bardzo utrudnia pracę? Przykładów takich możnaby przytoczyć aż nadto wiele. Tak jak w maszynie wszystkie kółka muszą się obracać równomiernie i gdy jedno staje, wtedy zatrzymuje się cały szereg innych, tak samo w życiu szpitala metodyczna praca i dokładne rozłożenie zajęć począwszy od najwyższych władz instytucji, t. j. lekarza naczelnego i przełożonej, aż do pomywaczek i palaczy, musi być usystematyzowana i uzgodniona.

Ten plan pracy musi dotyczyć wszystkich, a zwłaszcza tych osób, które wydają rozkazy, nie mogą one być w sprzeczności z innymi, wszyscy muszą postępować według jednego wspólnego systemu, niema tu miejsca na indywidualność metod.

Pielęgniarki w szpitalu, jako pomocniczy personel lekarski, są z jednej strony podległe zleceniom i zarządzeniom lekarzy, od czego w wielkiej mierze zależy ich praca tak co do ilości, jak i jakości, — z drugiej zaś strony kierują pracą służby szpitalnej. Z obu więc względów — nie mówiąc już o względzie najważniejszym — na pacjenta — do należytego wykonywania obowiązków potrzebna im jest systematyczność i dokładny plan zajęć. Pielęgniarki też są najwięcej wystawione na obserwację i krytykę tak pacjentów, jak ich rodzin, dlatego to tyle wymaga się od nich, a w przyszłości wymagać się będzie więcej jeszcze. Czy zawsze jednak słusznem jest czynienie pielęgniarki odpowiedzialną za całość pracy, na to odpowie przykład wzięty z życia. Przy jednym z oddziałów szpitalnych jest także i ambulatorjum. Pacjentka na zapytanie, kiedy się będzie mogła widzieć z lekarzem, dostaje od pielęgniarki oddziałowej lakoniczną odpowiedź: „Nie wiem“. Wielkie oburzenie, że pielęgniarka nie wie, co się dzieje na oddziale. Tymczasem co się kryje po za tem? Przy braku systemu w całym szpitalu lekarz przyjmuje chorych z miasta w najróżniejszych godzinach — między 10-tą rano a 2-gą popołudniu, często wtedy, gdy wypada czas posiłku personelu. Pielęgniarki nie przychodzą na obiad, służba w kuchni i jadalni nie kończy na czas swej pracy, lecz czy lekarz jest temu winien? Nie, bo lekarz czekał na drugiego lekarza z wizytą na oddziale, potem miał interes do lekarza naczelnego i czekał na jego przybycie, następnie sala ambulatoryjna była zajęta, obiad dla lekarzy spóźnił się z winy zarządzającej kuchnią. Pacjenci nie irytują się więc ani z winy lekarza, ani pielęgniarki. Dowodzi to tylko dobitnie, że jeśli jedno kółko zatrzyma się w ogólnej maszynerji — stają lub opóźniają się inne.

Po przykład systemu administracji szpitala sięgam do Anglji. We wszystkich szpitalach istnieją tam pewne wspólne wytyczne przy różnych systemach pracy, zależnych od okoliczności. A więc przy każdym szpitalu jest wybieralny komitet, ten wyłania z siebie zarząd szpitala. Komitet zbiera się raz na kwartał lub raz na miesiąc i załatwia najważniejsze sprawy szpitalne, do niego należy zatwierdzanie budżetu szpitala, mianowanie lekarza naczelnego i przełożonej, oraz ordynatorów. Zarząd zbiera się raz na tydzień, wchodzi doń poza członkami, wyznaczonymi przez komitet, lekarz naczelny, oraz przełożona pielęgniarek. Zarząd załatwia bieżące sprawy szpitalne, zatwierdza przyjmowanie lub usuwanie perso-

nelu pielęgniarskiego na wniosek przełożonej, przyjmuje tygodniowe raporty od lekarza naczelnego i przełożonej, omawia i zatwierdza projekty przez nich postawione. Lekarz naczelny jest z urzędu sekretarzem zarządu i prowadzi książkę prootkułów. Obecność przełożonej na zebraniach zarządu szpitala uważana jest za konieczną, gdyż jest ona całkowicie odpowiedzialna za tak ważny, duży i odrębny dział, jakim jest w szpitalu pielęgniarstwo i ze wzgledu na funkcje i ze względu na ilość personelu. Lekarz naczelny jest odpowiedzialny za całość pracy szpitalnej, a w szczególności za dział lekarski, budżet szpitalny, kancelarję, wszystkie statystyki, rachunki, księgi, budynki na zewnątrz, ogród, wszystkie działy maszyn, główne składy, ulepszenia w dziedzinie lecznictwa. Od niego więc zależy cały personel lekarski, oraz administracyjny i niższy personel męski. Przełożona jest odpowiedzialna za pracę i dobór pielęgniarek, prowadzenie i utrzymanie na odpowiednim poziomie szkoły pielęgniarstwa (w Anglji przy każdym szpitalu istnieje szkola pielęgniarstwa), za kuchnię, pralnię, szwalnię, spiżarnię, cały niższy personel żeński, za utrzymanie czystości i porządku na wszystkich oddziałach, gdzie pracuje podległy jej personel. Czuwa ona nietylko, aby pielęgniarki spełniały sumiennie powierzone sobie obowiązki, ale także, aby miały zapewnione należne sobie wygody.

Przełożona rozkłada plan pracy dla pielęgniarek na cały miesiąc z góry i rozsyła ten plan na wszystkie pawilony, albo też rozkład pracy z wolnymi dniami i godzinami ustanowiony jest na stałe i wywieszony w każdym pawilonie. Zaznaczyć tu należy, że chociaż w Anglji w szpitalach obowiązuje 8-godzinny dzień pracy, jednak są tylko dwie zmiany na dobę, a ilość godzin pracy obliczana jest miesięcznie i nie może być niższą od 240 godzin. W ten sposób praca ranna zaczyna się o godz. 7 rano i trwa do 8½ wieczór, w tem każda pielęgniarka ma 2 lub 3 godziny wolne w ciągu dnia, raz na tydzień pół dnia wolnego, pół dnia w niedzielę i raz na miesiąc cały dzień, albo nawet półtrzecia dnia, tak zwany „koniec tygodnia“ (weekend), który zaczyna się w piątek popołudniu, a trwa do poniedziałku rano. Na każdym pawilonie wisi rozkład zajęć, dla każdej pielęgniarki, lub uczennicy, zależnie od jej funkcji, i w każdej chwili można zajrzeć do planu, gdzie zapisana jest wyznaczona robota na każdą godzinę. Przytem na wszystkich pawilonach w danym szpitalu jest ten sam rozkład dnia Np. o godz. 5 rano nocne pielęgniarki zaczynają myć pacjentów i słać łóżka, o godz. 6 chorzy dostają filiżankę harbaty, o godz. 7 przychodzą dzienne pielęgniarki i mierzą temperaturę, robią zabiegi, o godz. 8 śniadanie, potem sprzątanie stolików, sali, nakrywanie łóżek kapami, kwiaty, wynoszone na noc na korytarz są przynoszone na salę, o godz. 9 zaczynają się opatrunki, rozdawanie lekarstw, nagrzewania, masaże, oraz przygotowanie do wizyt lekarskich. Punktulnie o godz. 10 wchodzą na salę ordynatorzy, asystenci, studenci, robią obchód i wychodzą przed obiadem. O godz. 12½ — obiad, potem cisza, chorzy śpią, a pielęgniarki robią dodatkowe porządki. Od godz. 2 do 4 jest pora na wizyty rodzin i przygotowanie podwieczorku. Po podwieczorku, o godz. 5½ zaczynają się wieczorne zabiegi, mycie chorych, wizyta lekarska. O godz. 6½ — kolacja, rozdawanie lekarstw, dodatkowe zabiegi, polecone przy wieczornej wizycie lekarskiej, poprawianie łóżek, modlitwa wieczorna. O godz. 8½ przychodzą nocne pielęgniarki, światło zostaje przyćmione, zaczyna się noc.

Systematyczna praca obowiązuje również w spiżarni i kuchni, gdzie każdy ma wyznaczoną robotę na odpowiednią godzinę. Są oznaczone dnie i godziny na tygodniowe wydawanie mydła, ścierek, zapałek, zapasów cukru, herbaty i t. p. Raz na kwartał wymienia się potłuczone talerze, garnki i inne naczynia gospodarskie. Unika się przez to ciągłego odrywania od zajęć, tracenia czasu na wypisywanie zapotrzebowania, posyłania po nie i wydawania przedmiotów dorywczo. W spiżarni jeden dzień w tygodniu przeznaczony jest na pisanie zapotrzebowań do sklepów, inny na odbieranie nadesłanych produktów. Raz na miesiąc wszystkie szczegółowe raporty odsyłane są do kancelarji przełożonej z kuchni i spiżarni, ze szwalni, pralni i magazynu bieliźnianego, a przełożona przekazuje je do kancelarji głównej szpitala. Inne działy przesyłają swe raporty miesięczne przez swych kierowników na ręce lekarza naczelnego do kancelarji głównej.

Te zwrotne raporty miesięczne są niesłychanej wagi ze względu na orjentację w wydatkach i rozchodach. Mając je wszystkie naraz w ręku, można zdać sobie sprawę z przyczyn, wywołujących zwyżkę lub zniżkę, przyczyn słusznych, albo też wynikłych wskutek niedopatrzenia lub nieskoordynowania pracy. To ułatwia oszczędność w gospodarstwie. Z drugiej strony na zmniejszenie wydatków wpływa niezmiernie systematyczna praca wszystkich w szpitalu, tj. zarówno lekarzy, jak pielęgniarek i służby. Stwierdźmy to na przykładzie. Czas kąpieli jest oznaczony na pewne godziny, tymczasem wypada coś innego, kąpiel trzeba odłożyć, woda nadarmo się grzeje i węgiel spala się niepotrzebnie. Kiedy wreszcie już można kąpać chorego, nadchodzi pora posiłku, który się odstawia, po kąpieli należy go przygrzewać, a więc niepotrzebnie zużywa się gaz; a przecież zaprowadzenie wielkiej oszczędności w szpitalu jest bardzo ważne, nie tylko z uwagi na to, że dysponuje się groszem publicznym, lecz także dlatego, że przy naszych bardzo szczupłych budżetach szpitalnych lepiej jest zużyć zaoszczędzone pieniądze czy to na lepsze odżywianie chorych i personelu, czy na środki lecznicze, lub bodaj na upiększenie sal szpitalnych, co jest czynnikiem bardzo dodatnio oddziaływującym na psychikę chorego.

Z jednego jeszcze powodu systematyczna praca obowiązuje pielęgniarki. Chorzy przyzwyczajają się do osób ich pielęgnujących. Ideałem byłoby pielęgnowanie chorego stale przez jedną pielęgniarkę, lecz skoro to jest niemożliwe, bo każdy człowiek musi wypoczywać, trzeba tak zorganizować pracę pielęgniarską, by różnice indywidulane pracy były doprowadzone do minimum, czyli, by wszystkie pielęgniarki pracowały według jednego systemu, a da się to osiągnąć tylko wtedy, gdy w całym szpitalu będzie zaprowadzona jednakowa metoda pracy. Wtedy jedna osoba łatwo może być zastąpiona przez drugą. Im ktoś ma odpowiedzialniejszy dział pracy, tem usilniej winien się starać, by pomocnik jego tak był obznajomiony z tym działem, by w każdej chwili mógł go zastąpić; dotyczy to zwłaszcza osób na kierowniczych stanowiskach. Dlatego nie ten jest najlepszym kierownikiem, który przez nikogo nie może być zastąpiony, lecz przeciwnie ten, który potrafi tak zorganizować pracę w powierzonym sobie zakresie, by jego nieobecność chwilowa lub nieprzewidziana, dłuższa lub krótsza, przeszła niespostrzeżenie, i tutaj dochodzimy

do bardzo ważnego zagadnienia zastępstw obmyślonych z góry i gotowych każdej chwili, gdy tego zajdzie potrzeba.

Streszczając więc wszystko, co już było powiedziane, można stwierdzić, że system pracy, czyli dobra administracja wpływa dodatnio na stan psychiczny chorego, na wydajność pracy, na zaoszczędzenie rozchodów, na zmniejszenie zmęczenia personelu, ułatwia wzajemne stosunki osób pracujących, doprowadza do minimum wszystkie zatargi i nieporozumienia, zazwyczaj wynikające z braku uzgodnienia i rozdziału pracy, i myślę, że mogę teraz powiedzieć, że dobra administracja ma ogromny wpływ na pielęgniarstwo, sprzyja jego rozwojowi, czyni je łatwiejszem i milszem, a zakończę paradoksem, że najlepszym administratorem i organizatorem jest ten, którego nieobecności nikt nie odczuje.

Jadwiga Suffczyńska

Międzynarodowa Rada Pielęgniarska

(The International Council of Nurses)

W lipcu 1925 roku odbył się pierwszy od czasu wojny Walny Zjazd, czyli Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej, na którym zostało do Rady przyjęte świeżo zorganizowane Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych. Zjazd ten odbył się w Helsingforsie, a Polskę reprezentowała ówczesna przewodniczaca naszego Stowarzyszenia p. Zofja Komorska (dziś p. Drowa Barnettowa).

Od tej pory bierzemy oficjalny udział w zjazdach międzynarodowych, z których jeden odbył się w roku 1927 w Genewie, a drugi w Montrealu, w Kanadzie, w lipcu b. r.

Nie od rzeczy zatem będzie podać naszym Czytelnikom parę objaśnień o powstaniu, organizacji i działalności tego wielkiego Związku, którego każda z pielęgniarek dyplomowanych jest członkiem przez to samo, że jest członkiem Stowarzyszenia Polskiego.

Pierwsza myśl założenia Rady powstała w roku 1893, w czasie Wystawy Wszechświatowej w Chicago, gdzie spotkały się pielęgniarki z kilku krajów, celem omówienia eksponatów z zakresu swego zawodu. Nie były one jeszcze reprezentantkami swoich stowarzyszeń narodowych, gdyż te jeszcze nie istniały w swej dzisiejszej formie, ale występowały bądź z ramienia swych rządów, bądź jako osoby prywatne. Zaszczyt inicjatywy w kierunku zorganizowania się na terenie międzynarodowym, przypada dzisiejszej nestorce pielęgniarstwa angielskiego, Mrs. Bedford Fenwick, której energicznej postawy i wymowy nie zapomni chyba nikt, kto ją bodaj raz widział na międzynarodowym zjeździe. Dzięki staraniom tak jej, jak dzielących jej poglądy pielęgniarek z innych krajów, powstał w roku 1899 zawiązek Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej, złożony początkowo z przedstawicielek Anglji, Stanów Zjednoczonych, Kanady, Nowej Zelandji, Australji i Danji. Odrazu postawiono sobie za zadanie dążenie do stworzenia organizacyj pielęgniarskich narodowych w krajach, gdzie pielęgniarstwo stało na dostatecznie wysokim poziomie, poczem Rada Międzynarodwa miałaby przyjmować na członków już nie pojedyńcze osoby, ale całe stowarzyszenia.

Urzeczywistnienie tej myśli nastąpiło w roku 1904, gdy przystąpiły do Rady pierwsze zorganizowane stowarzyszenia angielskie, niemieckie i Stanów Zjednoczonych. Po nich, do czasu wojny wszechświatowej, dołączyły się do Rady nowe stowarzyszenia: kanadyjskie, duńskie, finlandzkie, holenderskie, indyjskie, oraz nowozelandzkie. Zjazdy odbywały się w różnych krajach, w nierównych odstępach czasu, aż do roku 1912, poczem nastąpiła przerwa dziesięcioletnia.

W roku 1922 na zjeździe zarządu w Kopenhadze przyjęto pięciu nowych członków: Belgję, Chiny, Włochy, Norwegję i Południową Afrykę, a wreszcie na walnym zjeździe w roku 1925 oprócz Polski, Francję, Kubę, Bułgarję i Irlandję.

Dziś zatem Rada liczy 19 członków-stowarzyszeń. W roku 1925 nastąpiła też ogólna reorganizacja Rady. Obecnie zarząd Rady stanowi t. zw. „Wielka Rada" (Grand Council), do której wchodzą po cztery delegatki, oraz przewodnicząca każdego stowarzyszenia narodowego. Jedynie ci członkowie mają prawo głosu przy wyborach, skutkiem czego ilość głosów, przysługująca każdemu stowarzyszeniu, wchodzącemu w skład Rady jest równa, niezależnie od ilości jego członków. Pozwala to uniknąć wielu tarć i niezadowolenia, zwłaszcza ze strony mniejszych stowarzyszeń. Organem wykonawczym Rady jest Zarząd (Board of Directors), złożony z przewodniczącej, wiceprzewodniczącej, skarbniczki i sekretarki Rady, oraz przewodniczących wszystkich stowarzyszeń narodowych. Zarząd zbiera się przed i po każdym zjeździe walnym, oraz kiedyindziej w razie potrzeby.

Rada posiada od roku 1925 główną kwaterę w Genewie (14 Quai des Eaux Vives) z sekretarjatem i bibljoteką.

Walne Zjazdy czyli Kongresy Rady odbywają się obecnie co cztery lata, w coraz to innym kraju. Oprócz tego odbywają się mniejsze zjazdy, jak np. zjazd genewski w roku 1927. Zjazdy te mają na celu czuwanie nad poziomem pielęgniarstwa przez wzmocnienie łączności międzynarodowej, przez omawianie wspólnych zagadnień, przez wymianę informacji, ale przedewszystkiem przez osobisty kontakt pielęgniarek różnych krajów. Kontakt ten i nawiązanie znajomości międzynarodowych stanowi bezwarunkowo największą wartość Zjazdów i daje trwałe korzyści w postaci rozszerzenia horyzontów, zachęty do ulepszania organizacji oraz zdrowego współzawodnictwa między poszczególnemi krajami w podnoszeniu poziomu pielęgniarstwa. W czasie walnych zjazdów obradują też komisje takie, jak wychowawcza, programowa, propagandowa, zdrowia publicznego i t. p., w których zawsze reprezentowane są wszystkie zrzeszone stowarzyszenia. Stały kontakt wreszcie i wymianę myśli i informacji pomiędzy członkami stanowi organ Rady, kwartalnik „I. C. N.", w którym w językach angielskim, francuskim i niemieckim umieszczane są artykuły, nadsyłane przez członków ze wszystkich części świata. Redaktorką jego jest sekretarka Rady, a siedzibą wydawnictwa jest główna kwatera Rady w Genewie. Prenumerata wynosi 1 dolara rocznie.

Rada czerpie swoje fundusze z opłat członkowskich, które wynoszą 5 centów amerykańskich rocznie, opłacanych od każdej pielęgniarki przez kasy poszczególnych stowarzyszeń narodowych. Nie jest to wielka suma, gdyż np. stowarzyszenie, liczące 1000 członkiń, wpłaca zaledwie 50 dol. rocznie do kasy genewskiej.

Na zakończenie — parę wybitniejszych nazwisk z Zarządu Rady. Przewodniczącą na czterolecie bieżące (1925—1929) była Miss Nina D. Gage, Amerykanka, która w czasie objęcia swego urzędowania była przewodniczącą stowarzyszenia pielęgniarek w Chinach. Poprzednio piastowały ten urząd Mrs. Bedford Fenwick, Angielka, Miss Annie Goodrich, Amerykanka, oraz zmarła przed dwoma laty Niemka, Schwester Agnes Karll.

Najczynniejszą bodaj osobistością jest w Radzie — jak w każdem innem stowarzyszeniu — sekretarka, obecnie Miss Christiana Reimann. Jest to Dunka, która jednak kończyła studja swoje w Stanach Zjednoczonych. Ona to, z pomocą dwóch sił kancelaryjnych, prowadzi całą korespondencję Rady z Genewy. Każda z członkiń, zwracających się do niej prywatnie lub urzędowo z prośbą o jakąkolwiek informację, może być zawsze pewną, że otrzyma nader uprzejmą, a szybką i wyczerpującą odpowiedź. Jej również przypada w udziale największa część pracy przy organizowaniu zjazdów, w pracach komisji i t. d.

Z innych członków, do najwybitniejszych osobistości należą sędziwa przewodnicząca pielęgniarek Finlandzkich, Baronowa Zofja Mannerheim, przewodnicząca Stowarzyszenia Pielęgniarek Francuskich Mlle Chaptal, która położyła wielkie zasługi około zorganizowania swego zawodu we Francji, oraz podniesienia szkolnictwa pielęgniarskiego, obecnie zaś swoją iście francuską werwą, inteligencją i dowcipem pełnym finezji przyczynia się do nadania pewnego oryginalnego zabarwienia zebraniom, dominowanym liczebnie przez rasę anglosaską.

Niebawem dowiemy się o nowym zarządzie, wybranym na zjeździe w Montrealu. Na zjazd ten z Polski pojechała p. Jadwiga Romanowska, przewodnicząca Polskiego Stowarzyszenia. Każdy taki zjazd daje pole do niesłychanie ciekawych obserwacji jednostek, złączonych jednym zawodem, któremu jednak w każdym kraju odrębne piętno nadaje charakter narodowy oraz tradycja, na jakiej spoczywa. Czekamy niecierpliwie sprawozdań z obrad, jako wieści z szerokiego świata, w którym podobne do nas towarzyszki pracy walczą z podobnemi trudnościami, rozwiązują podobne zagadnienia i spotykają się, aby podzielić się ze sobą swemi zdobyczami, zamiarami i ideałami. *Teresa Kulczyńska*

Przegląd pism zagranicznych

„Pielęgniarka Kanadyjska"

Numer lutowy przynosi nam cały szereg niezwykle ciekawych artykułów, które omówimy szczegółowo.

„HIGJENA UMYSŁOWA W KANADZIE".

Na 10-tem dorocznem zebraniu Stow. Higjeny Umysłowej Prezes Dr Martin wygłosił przemówienie, które w krótkości podajemy. Twierdzi on, że higjena umysłowa nie jest czemś nowem. Znał ją już Platon, kiedy żądał od lekarzy, by równą uwagę zwracali na duszę, jak na ciało pacjenta. Higjena umysłowa wynika z zainteresowania się bliźnim, stara się uzupełnić zdobycze nauki w dziedzinie medycyny, zwracając uwagę na życie

umysłowe i duchowe pacjenta. Każdy prawie człowiek podlega zaburzeniom umysłowym, które przerodzić się mogą w chorobę umysłową, która bywa przeważnie wynikiem niepowodzeń życiowych. Przyczyny chorób umysłowych są bardzo liczne. Dziedziczność i predyspozycja to tylko dwie z wielu różnych przyczyn, wszystkie są ściśle związane z fizycznymi i fizjologicznymi czynnikami. Dlatego też nocne koszmary u dziecka wymagają zwrócenia uwagi równie bacznej, jak ropne zapalenie ucha, lub zaburzenia kiszkowe.

Higjena umysłowa nie może być powierzona wyłącznie psychologom, lecz także i lekarzom, którzy winni patrzeć na człowieka, a zwłaszcza na dziecko, nietylko jako na produkt fizyko-chemiczny, lecz widzieć w niem także duszę z jej dążeniami, uczuciami i walkami. Dzisiaj, przy bardzo rozwiniętej specjalizacji, lekarz bada ograniczoną część ciała ludzkiego w zakresie swej specjalności i często na licznem konsyljum żaden z lekarzy nie zwróci uwagi na osobowość pacjenta.

Zadanie i cel higjeny umysłowej jest dwojaki: 1) zapobieganie zaburzeniom umysłowym, 2) opieka w razie takich zaburzeń.

W jaki to sposób można osiągnąć? Przez wykształcenie, gruntowne badanie faktów i przez rozszerzanie wiadomości z tej dziedziny.

W Kanadzie jest obecnie chorych umysłowo 24.000 w szpitalach, a utrzymanie ich kosztuje rocznie 9 miljonów dolarów. Liczba umysłowo chorych jest znacznie wyższą, niż ogólna liczba wszystkich innych chorych. A jednak jeszcze znaczna liczba obłąkanych przebywa u siebie w domu. Przemysłowcy zaczynają zdawać sobie sprawę, że ogromny odsetek nieszczęśliwych wypadków w fabrykach przypada na robotników niedorozwiniętych umysłowo. Ale lekarze fabryczni dochodzą do przekonania, że wydajność pracy znacznie wzrasta, gdy higjena umysłowa jest przestrzegana w fabrykach.

Dokładne badanie dzieci w szkołach wykazało, że 4% potrzebuje leczenia higjeną umysłową, bez czego z pewnością staną się w przyszłości ofiarami poważnych zaburzeń umysłowych.

Stow. Higjeny Umysłowej rozpoczęło swe prace najpierw na uniwersytetach na wydziale medycznym, potem zwróciło się do psychologów, do nauczycieli w szkołach, pielęgniarek i wreszcie do ogółu społeczeństwa. I rezultaty przeszły najśmielsze oczekiwania. Wydziały lekarskie zaczęły otwierać kliniki, udzielać stypendjów na pracę i badania w tej dziedzinie. Rząd zaczął budować nowe szpitale dla umysłowo chorych, zakłady dla umysłowo-upośledzonych i szkoły dla niedorozwiniętych. Potem przyszły ogromne ofiary, 100.000 dolarów złożono na przeprowadzanie badań nad rozwojem dziecka w przedszkolach. Wreszcie utworzono kursy dla rodziców, dające im podstawy zasad Higjeny Umysłowej. Swoje przemówienie zakończył autor, wzywając społeczeństwo do pracy na tem polu, podkreślając, że to jest wielki narodowy cel: „Higjena Umysłowa wzywa mnie i was wszystkich, którzy oceniają ten wielki przywilej posiadania własnego domu i rozumieją wartość dla kraju pożytecznego obywatela. Zagadnienia Higjeny Umysłowej nie mogą być rozwiązywane jedynie przez naukę. Wiele można się nauczyć z Pisma Św., z życia Świętych, a zwłaszcza idąc za przykładem i badając dzieło św. Franciszka z Assyżu, wielkiego badacza natury ludzkiej“.

OPIEKA NAD DZIECKIEM W NOWEJ ZELANDJI.

Autorka podaje w krótkości główne zasady Dr. Truby Kinga, t. j. regularnego karmienia niemowląt piersią. Następnie podaje sposób przywracania pokarmu nawet po upływie 2—3 tygodni po odstawieniu dziecka od piersi, oraz kilka wskazówek dla matek karmiących.

Na zakończenie podaje statystykę śmiertelności dzieci poniżej pierwszego roku życia (na 1000 urodzeń) z roku 1927-go:

Nowa Zelandja	38.74
Vancouver	44
Australja	57
Wielka Brytanja	75
Stany Zjednoczone Ameryki Północnej	77
Kanada	78

Po zaprowadzeniu w Nowej Zelandji systemu Dr. Truby Kinga śmiertelność wśród dzieci poniżej pierwszego roku życia spadła nieomal o połowę, gdyż w roku 1907 wynosiła 88.8.

HISTORJA STOW. OPIEKI NAD MATKĄ I DZIECKIEM.

Autorka podaje krótki życiorys Dr. Truby Kinga, oraz historję założenia tego Stow., które dało tak wspaniałe rezultaty, a początek swój wzięło od żłóbka na troje dzieci, znalezionych przez Dr. Truby Kinga w pewnym domu „na garnuszku", prawie umierających.

PIELĘGNIARKA I PRAWO.

Jest to kilka uwag, co każda pielęgniarka powinna wiedzieć o prawie, z podkreśleniem, że prawo dla uczciwych ludzi nie jest groźbą i postrachem, lecz opieką. Znajdujemy uwagi, jak się mają znaleźć pielęgniarki, o ile są powołane na świadków, jak mają zawierać kontrakty, jak mają pisać testament. (Szczęśliwe, że mają co zapisywać, zdaje się, że pielęgniarki polskie nie mają tego kłopotu! Przypisek redakcji).

MIĘDZYNARODOWA RADA PIELĘGNIAREK.

Z pomiędzy 400 stowarzyszeń międzynarodowych, których 60 ma swą siedzibę w Genewie, najstarszem zawodowem stowarzyszeniem jest Rada Pielęgniarek, założona w roku 1899 i najliczniejszą z pomiędzy stowarzyszeń kobiecych, gdyż liczy 132.000 członków (w tem zaledwie kilkuset pielęgniarzy).

DZIAŁ SZKOLENIA PIELĘGNIAREK.

O szkoleniu pielęgniarek społecznych. Autorka zastanawia się nad określeniem: „pielęgniarka społeczna" i „pielęgniarstwo społeczne", które obejmuje obecnie tak wiele działów. Mówiąc o szkoleniu, zaznacza, że istnieją dwa główne typy: 1) szkoły pielęgniarstwa szpitalnego, po których ukończeniu pielęgniarki otrzymują dodatkowe wiadomości z zakresu społecznego; 2) szkoły pielęgniarstwa społecznego, które przygotowują odrazu pielęgniarki społeczne.

Pierwszy typ jest znacznie popularniejszy od drugiego. Programy są bardzo różne, a najważniejsze jest zagadnienie, czy włączać pielęgnowanie chorych do szkół pielęgniarstwa społecznego? Autorka podkreśla konieczn-

ność umiejętności pielęgnowania chorych w szpitalach przez pielęgniarki społeczne. W programach tych szkół winny być uwzględnione trzy najważniejsze grupy przedmiotów: 1) fizjojlogja, 2) psychologja, jako podstawa higjeny umysłowej, 3) medycyna zapobiegawcza.

Autorka domaga się, aby kurs nauk był dostosowany do potrzeb społeczeństwa, gdyż często się zdarza, że absolwentka po 3 latach pobytu w szkole pielęgniarstwa i rocznym dodatkowym kursie społecznym, spostrzega, że nie zna najważniejszych rzeczy, że nie zdobyła podstawowych wiadomości.

W Kanadzie wyszkolenie pielęgniarek społecznych trwa 4 lata. Rok pierwszy wypełniają studja w uniwersytecie, drugi i trzeci uczennice spędzają w ogólnej szkole pielęgniarstwa, w Toronto, czwarty rok na uniwersytecie, na pracy społecznej.

PIELĘGNOWANIE UMYSŁOWO CHORYCH.

Autorka podaje podział chorób umysłowych na 4 grupy i opisuje objawy epilepsji, melancholji i t. d.

HIGJENA PRZEMYSŁOWA.

Artykuł ten jest pisany przez inspektora zdrowia w Brytyjskiem Tow. Telefonów. Ponieważ samo zajęcie nie naraża na nieszczęśliwe wypadki, więc pielęgniarka ma za zadanie propagowanie higjeny zapobiegawczej. Pracownice, których liczba sięga 1533, pracują w doskonałych warunkach, sale są widne i dobrze przewietrzane. Czas pracy nie przenosi 7 godzin dziennie z przerwami 15 minut co 3 godziny. Mają one duży pokój bawialny, gdzie mogą spędzać czas wolny, z pianinem i gramofonem (tutaj też odbywają się pokazy mód i najnowszych tańców), pokoje do wypoczynku, jadalnie, w których można otrzymać gorące potrawy poniżej ceny kosztu, gdyż Zarząd pokrywa jedną trzecią wydatków. Przytem menu układane jest tak, by zapewnić organizmowi najzdrowsze składniki. W tych warunkach telefonistki porzucają pracę jedynie z powodu zamążpójścia, mężatki nie są zatrudniane. Przed przyjęciem każda pracownica jest szczegółowo badana przez lekarza, przyczem otrzymuje wskazówki życia higjenicznego. Badania ponawiane są co 2 lata. Oprócz tego przysyłane są pracownice do lekarza z powodu opuszczania pracy, zaniedbywania się w niej i mizernego wyglądu. Towarzystwo wydaje miesięcznik, w którym oprócz innych, ukazują się także artykuły, pisane przez lekarza Towarzystwa o higjenie, o konieczności okresowego badania przez lekarzy, o niebezpieczeństwie stosowania różnych ogłaszanych lekarstw bez przepisu lekarza i t. d. Już po upływie 2 lat po wprowadzeniu tego systemu, dały się zauważyć dobre skutki, jak np. zmniejszenie listy nieobecnych z powodu choroby.

Jadwiga Suffczyńska.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem R. Ferka.